Ein Fall von Scirrhus der Glandula thyreoidea.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Asmus Matzen,
approb. Arzt aus Esgrusschauby (Schleswig-Holstein).

München, 1903.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ein Fall von Scirrhus der Glandula thyreoidea.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Asmus Matzen,
approb. Arzt aus Esgrusschauby (Schleswig-Holstein).

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München, 1903.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Schon den alten Ärzten waren Geschwülste des Halses in der Gegend des Kehlkopfes gar wohl bekannt. Paracelsus weiss schon von der endemischen Verbreitung des Kropfes. Allerdings bekommt man aus seiner anatomischen Beschreibung der Geschwulst nicht die Gewissheit, dass dieser Autor unter Kropf wirklich eine Erkrankung der Schilddrüse allein verstanden wissen will. Noch im Jahre 1743 schreibt Laurentius Heister: „Kröpfe, Strumae oder Skrophulae nennt man überhaupt allerlei Geschwülste, welche auswendig entweder vorne oder auf der Seite des Halses vorkommen und manchmal klein, manchmal mittelmässig, manchmal aber ungeheuer gross werden“ und einige Zeilen später: „wenn selbige vorne auf der Luftröhre und gleichsam ob sie vom Winde aufgeblasen oder mit einer Feuchtigkeit angefüllt und sonderlich nach einem Falle oder schwerer Geburt entstehen, werden sie insbesondere Bronchocele von vielen genannt.“

Man ersieht aus dieser Beschreibung, dass man in damaliger Zeit unter der Bezeichnung „Kropf“ nicht nur von der Schilddrüse ausgehende Geschwülste verstand, sondern dieselbe vielmehr auf alle möglichen Halsgeschwülste anwendete, die mit dieser Drüse in gar keinem Zusammenhang standen.

Erst in neuerer Zeit, zu Anfang des 19. Jahrhunderts, begann man die Schilddrüsengeschwülste von anderen Geschwülsten der Halsgegend zu trennen. Noch jüngeren Datums ist die Unterscheidung der Schilddrüsengeschwülste in verschiedene Kategorien. Erst seit einigen Jahrzehnten weiss

man, dass unter ihnen solche maligner Natur vorkommen. Noch im Jahre 1819 behauptet Samuel Cooper in seinem Handbuch der Chirurgie, dass die Strumageschwulst nie einen krebsartigen Charakter annehme und in seinem Supplementband vom Jahre 1824 führt er eine Stelle von Postiglione an, welcher bei der Beschreibung der verschiedenen Arten sagt: „In anderen Fällen ist es eine Fleischgeschwulst, von der Konsistenz einer Drüse, die vergrössert, aber nicht scirrhös ist.“

Dass diese Ansicht der beiden Autoren eine irrige war, weiss man freilich jetzt schon längere Zeit, aber immerhin steht fest, dass unter den Geschwülsten der Schilddrüse das Carcinom verhältnismässig selten ist. Dr. Heinrich Bircher schreibt in einer Abhandlung über die malignen Tumoren der Schilddrüse: „Der maligne Schilddrüsentumor ist eine seltene Krankheit, wie übereinstimmend alle Beobachter hervorheben, und ich kann aus meiner Gegend diese Behauptung nur unterstützen. Während zehn Jahren kamen mir bloss vier Fälle zu Gesicht, während eine intensive Kropfendemie unsere Gegend beherrscht und die gewöhnliche Struma an der Tagesordnung ist (22 % bis 50 % Kropf bei der Schuljugend und 11 % bis 30 % bei den Rekruten).“

Über die Ursachen des Schilddrüsenkrebses ist ebensowenig bekannt, wie über die Ätiologie der Carcinome überhaupt; wir kennen nur prädisponierende Momente. Der Krebs befällt mit Vorliebe kropfig entartete Schilddrüsen. Daher beobachtet man ihn in Gegenden, wo der Kropf endemisch auftritt, viel häufiger. Meistens handelt es sich um ältere Individuen und nur ausnahmsweise werden Personen jüngeren Alters befallen.

Das Carcinom tritt in der Schilddrüse als Medullarkrebs, Scirrhus und Plattenepithelkrebs auf. Unter diesen drei Formen findet sich der Scirrhus der Schilddrüse ohne Frage am seltensten. Kaufmann, dessen Arbeit sich auf zehn

eigene und vier fremde, histologisch sichergestellte Fälle stützt, hat die harte Form des Krebses, den Scirrhus, nie gesehen und auch in der Litteratur kein Beispiel eines solchen gefunden.

Ich habe es mir daher zur Aufgabe gemacht, aus Anlass eines Falles von Scirrhus, der in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Operation und im pathologischen Institut zur Sektion kam, mehrere derartige Fälle, wie sie in den letzten Jahren veröffentlicht sind, zusammenzustellen und zum Schlusse den erwähnten, mir durch die Güte des Herrn Obermedizinalrates Professor Dr. Bollinger zur Bearbeitung überlassenen Fall zu beschreiben.

I.

In der Volkmann'schen Sammlung Nr. 222 veröffentlicht Dr. Heinrich Bircher in der schon oben angeführten Abhandlung über maligne Tumoren der Schilddrüse einen von ihm mehrfach operativ behandelten Krankheitsfall von Scirrhus:

„Jungfrau B., 48 Jahre alt, bemerkte im März 1880 eine kleine Geschwulst auf der linken Seite des Halses. Am 5. Juli wurde die Exstirpation des Tumors durch Bircher vorgenommen. Schon anfangs Oktober kam es zu einem Recidiv. Am 3. Dezember Exstirpation des Tumors und des Kehlkopfes. Letaler Ausgang.

Die Sektion ergab: Keine Metastasen. Auf Durchschnitten zeigt der Tumor ein sehr reichlich entwickeltes Bindegewebe, wie beim Faserkropf. Einzelne Bindegewebszellen sind krebsig entartet. In denselben finden sich sowohl einzelne eingestreute Krebszellen als auch Krebszellnester. An den Übergangsstellen zeigt ein Teil der Drüsenfollikel die beginnende Degeneration. Die einzelnen Zellen sind polymorph und krebsig entartet.

Diagnose: Scirrhus."

Billroth hat das klinische Bild der Erkrankung an der Hand zweier Fälle genauer festgestellt. In Nr. 20 der Wiener Medizinischen Wochenschrift vom Jahre 1868 schildert er dieselben folgendermassen:

II.

„Fall I. Frau X., 46 Jahre alt, empfindet schon seit circa vier Jahren Beschwerden beim Schlucken grösserer Bissen; diese Beschwerden nehmen langsam, aber stetig zu, so dass Patientin zur Zeit, als ich konsultiert wurde, nur mehr flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Dabei verschluckte sie sich öfter; die Stimme ist im Laufe der letzten Wochen etwas heiser geworden; die Frau, früher ziemlich fett, ist in dieser Zeit auch etwas magerer geworden; leidet oft an Darmkatarrhen.

Ich fand bei der noch ziemlich gut genährten, für ihr Alter gut aussehenden Frau, auf der linken Seite des Halses tief neben dem Larynx und etwas hinter denselben reichend eine etwa kastaniengrosse Induration von knorpeliger Härte und von der Form einer geschwollenen Thyreoidea; der Knoten war noch etwas beweglich; an ihn schlossen sich Indurationen in Form kleiner, zusammenhängender Knoten, welche sich nach unten fortsetzten, jedoch am Sternum zu endigen schienen. Die Trachea erwies sich etwas nach rechts verschoben, doch nicht verengt, das linke Stimmband etwas paretisch, doch nicht völlig gelähmt. Es gelang unter grossen Schmerzen und starkem Druck, eine mittelgrosse Schlundsonde über die verengte, in der Höhe des Ringknorpels beginnende Stelle des Ösophagus hineinzuführen; doch erfolgte nach dem Herausnehmen der Sonde eine leichte Blutung.

Die Operation fand am 25. November 1887 in der neuen Heilanstalt des Kaiserl. Rates Herrn Dr. Eder statt. Ich machte den Schnitt am vorderen Rande des M. sternocleido-

mastoideus und präparierte den Tumor aufs sorgfältigste zwischen A. carotis, N. recurrens, Ösophagus und Larynx heraus. Es handelte sich in der Tat um eine geschrumpfte Glandula thyreoidea, deren obere, linke Arterie ich unterband. Ich war zumal sehr erfreut, dass es möglich war, den Tumor vom Ösophagus abzulösen, ohne diesen zu verletzen, und dass es auch gelang, den N. recurrens vom Druck durch die Geschwulst zu befreien. Als ich den kastaniengrossen Tumor entfernt hatte, musste ich mich leider überzeugen, dass sich die von aussen tastbaren, knotigen Indurationen weit nach hinten und auch in die Tiefe hinter das Sternum fortsetzten, wohin ich sie, da ich sie nicht mit dem Finger umgehen und hervorheben konnte, nicht mit dem Messer verfolgen konnte, ohne möglicherweise gefährliche Nebenverletzungen zu machen, um so weniger, als die Erfahrung lehrt, dass bei diesen Schrumpfungsprozessen die Lagenverhältnisse aller benachbarten Teile sich so verändern können, dass die normale, topographische Anatomie keine sicheren Anhaltspunkte mehr für unsere Messerführung gibt. So beschränkte ich mich mit einem teilweisen Erfolge und vereinigte die Wunde, welche in kurzer Zeit vollkommen verheilte.

Das Resultat der Operation war, dass nach und nach die Stimme wieder klarer wurde und dass Patientin etwas besser schlingen konnte; die Sonde drang leichter ein, doch fühlte man in der Tiefe ein Hindernis, welches nur mit einem gewissen Druck überwunden werden konnte. Nur der obere Teil der Ösophagusverengung war behoben. Patientin reiste am 23. Dezember 1887 in die Heimat.“

Die Besserung war vorübergehend. 4 Monate post Operationem war ein kindsfaustgrosser, harter Tumor recidiviert. Patientin war mager und schwach geworden.

III.

„Fall II. J. T., Dienstmagd, 26 Jahre, am 23. April 1888 auf meiner Klinik aufgenommen.

Anamnese: Im November 1886 traten bei der Patientin reissende Schmerzen auf, welche von der linken Halsseite teils zum Hinterhaupte teils in den linken Arm hineinfuhren. Im Januar 1887 kam es bei lebhafteren Bewegungen und beim Stiegensteigen zu beengenden Gefühlen beim Atmen. Bald darauf fiel es der Patientin auf, dass sie besonders energische Bewegungen machen musste, um feste Bissen hinabzuschlingen. In der Folge war das Atmen oft pfeifend, doch wurde für gewöhnlich keine Atemnot empfunden; die Schlingbeschwerden traten in den Vordergrund. Behandlung im Ambulatorium des Professor Stoerk mit Schlundsonden. Im Juli 1887 Aufnahme auf Professor Schrötters Klinik, wo Patientin schon künstlich durch eingeführte Schlundsonden ernährt werden musste. In der Folge wurde Patientin wieder ambulatorisch behandelt, ohne dass etwas sich in ihrem Zustande besserte. Immer zunehmende Abmagerung.

Am 23. April 1888 Aufnahme auf meine Klinik. Die Diagnose war von den behandelnden Kollegen auf Carcinom der Schilddrüse gestellt worden.

Status bei der Aufnahme: Stark abgemagerte Person. Hals nicht geschwollen. Bei der Betastung fühlt man an der linken Seite des Halses eine kleinknotige Induration, der Lage und Form nach dem linken, knorpelig verhärteten Teil der Glandula thyreoidea entsprechend. Pfeifendes Atmen ohne objektives Dyspnoegefühl. Unfähigkeit, selbst flüssige Sachen zu schlucken. Nur die dünnsten Nummern der Schlundsonde können zuweilen unter grossen Schwierigkeiten eingeführt werden. Heisere Stimme. Bei der laryngoskopischen Untersuchung findet man das linke Stimmband total gelähmt, die Trachea etwa in der Tiefe des dritten Ringes

nicht nur von links komprimiert, sondern sehr stark gleichmässig verengt; unter der ersten stenosierten Stelle erkannte man etwas tiefer unten eine zweite Verengerung.“

Bei der Operation erwies sich selbst die Carotis von den scirrhösen Massen umgeben: sie umschlossen in der Höhe des Isthmus die Luftröhre wie ein Band; beim Versuch, die Neubildungen dort abzulösen, wurden Trachea und Ösophagus eröffnet. Schliesslich gelang es unter grosser Mühe, den so fest mit der Umgebung verwachsenen Tumor zu exstirpieren; nachdem der Verband angelegt war, kollabierte die Patientin, und es begann zu bluten. Die erfolgte Kompression bewirkte zwar Stillstand der Blutung, doch starb die Kranke.

Bei der Sektion zeigte sich ein kleines Loch in der stark hinaufgezerrten Vena anonyma, durch welches Lufteintritt erfolgt war; während der Operation hatte es hieraus nicht geblutet.

Die Untersuchung der exstirpierten Massen ergab in beiden von Billroth erwähnten Fällen, dass es sich um Scirrhus der Glandula thyreoidea handelte. Die Subztanz war knorpelhart und knirschte unter dem Messer; nur an der Peripherie existierten noch geringe Massen von deutlich erkennbarem Drüsengewebe; die Substanz selbst bestand aus harten Fasermassen, wie eine alte Narbe.

Das Bild entsprach ganz dem des Scirrhus mammae cicatricans.

Hierbei tritt uns die Frage entgegen, ob nicht ein chronisch entzündlicher Prozess vorliegt. Nach Billroth ist in den beiden Fällen diese Ansicht von der Hand zu weisen, da die Epithelwucherung, trotz anscheinender Ausheilung im Zentrum, in der Peripherie fortschreitet und zur Lymphdrüsenschwellung führt. Auch der klinische Verlauf zeigt die maligne Natur des Prozesses.

Somit ist der Scirrhus der Glandula thyreoidea wohl in seiner äusseren Form der mit Tumorbildung einhergehenden, carcinomatösen Entartung der Drüsen nicht ähnlich, weicht aber in seinem Verlauf nicht viel von ihr ab.

In der Billroth von seinen Schülern gewidmeten Festschrift vom Jahre 1892 bringt Dr. Hermann Hinterstoisser eine Zusammenstellung sämtlicher Schilddrüsenkrebse, die in den Jahren 1882—1891 im Wiener pathologischen Institut zur Sektion kamen. Es sind dies im ganzen 50 Fälle bei einer Summe von 1869 Carcinomen unter 18 147 Sektionen während des genannten Zeitraums. In Bezug auf sämtliche beobachteten Carcinome ergibt sich für den Schilddrüsenkrebs die Ziffer von 2,6 %, in Bezug auf die Gesamtsumme der Sektionen die Ziffer 2 ‰. Unter den 50 Fällen von Schilddrüsenkrebs findet sich nur dreimal Scirrhus. Ein Krankheitsfall, in welchem eine nur kleine Schilddrüse angetroffen wurde, zeigte an einer ganz unbedeutenden, leicht übersehbaren Partie die scirrhöse Neubildung. Es handelte sich um einen primären Herd im Isthmus. Da dieser Fall auch sonst manches Interessante bietet, sei er hier genauer beschrieben.

IV.

B. Anna, 34 Jahre, verheiratet. Die Patientin wurde im August 1889 in die Klinik aufgenommen.

Aus der Krankengeschichte sind folgende Daten bemerkenswert:

Seit circa fünf Monaten bestehen konstante heftige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, sowohl in aufrechter Stellung als in der Ruhelage, zunehmende Gedächtnisschwäche, Verschlechterung des Sehvermögens an beiden Augen.

Status praesens: Sprache mühevoll, Silbenstolpern; Sensorium getrübt. Linksseitige Facialisparese, bilaterale Stauungspapille, Sehschwäche bis zur totalen Amaurose. Die

motorische Kraft namentlich auf der linken Körperhälfte stark herabgesetzt. Muskellähmung beider Bulbi. Unter stetiger Zunahme sämtlicher Störungen tritt nach dreimonatlichem Krankenlager der Exitus ein.

Die klinische Diagnose wurde auf Tumor in Reg. corp. quadrigem. et thalam. optic. dextr. gestellt.

Die Sektion ergab folgenden Befund:

Anatomische Diagnose: Carcinom. fibr. gland. thyreoid. (ad isthmum) subsequente carcinomate cerebri multiplice cum usura cranii.

Körper mittelgross, von gracilem Knochenbau, hochgradig abgemagert, blass, welk, trocken, dunkel pigmentiert. Thorax breit gewölbt, Mammae flach, schlaff; Unterleib kahnförmig eingezogen. In der Kreuzgegend und am rechten Trochanter oberflächlicher Decubitus. Schädeldecken sehr blass, Schädeldach sehr geräumig, lang, von gewöhnlicher Dicke, kompakt, an der inneren Fläche allenthalben tief usuriert. Harte Hirnhaut sehr gespannt, die inneren Hirnhäute zart. Hirnwindungen stark abgeplattet. Am Übergang des linken Schläfenlappens in den Hinterhauptslappen eine haselnussgrosse grubige Vertiefung und ein ebenso grosser, der Dura fest aufsitzender Tumor von griesigkörnigem Bau, weissrötlicher Farbe. Das Gehirn ziemlich blutreich; in demselben zerstreut mehrere erbsen- bis haselnussgrosse Knoten einer ähnlichen Aftermasse, wie der Tumor an der Dura sie zeigt, nur reicher an medullarem Saft und in den zentralen Partien stärker verfettet. Grössere, solide Tumoren finden sich in der zweiten Stirnwindung linkerseits und ein etwa nussgrosser in der Markmasse der linken vorderen Zentralwindung, während alle übrigen Knoten ganz oberflächlich sitzen. Ausserdem findet sich im Vierhügel, dessen rechte Hälfte besonders im vorderen Anteil stark vorgewölbt erscheint, ein nussgrosser, solider Knoten,

nur von einer bis 3 mm dicken Schichte der Vierhügelmasse überdeckt, und ausserdem ist am linken Plexus chorioideus eine etwa halbbohnengrosse, wurstförmige, weisslich-griesige Masse anzutreffen. — Die Ventrikel etwas erweitert, die Schädelbasis ausserordentlich stark usuriert.

Die Schilddrüse etwas vergrössert, grobkörnig, colloid, in ihrer Kommissur an einer nicht über haselnussgrossen Stelle ohne scharfe Abgrenzung substituiert durch eine weisse, im Zentrum sehr dichte, von Fettreticulis gesprenkelte, milchigen Saft gebende Aftermasse, die auch oberflächlich fest mit der Trachea verwachsen ist.

Histologisch: Carcinoma scirrhosum des Isthmus der Schilddrüse.

Die metastatischen Knoten im Hirn zeigten auffälligerweise die schönste Ausbildung des Cylinderzellenkrebses mit Entwicklung von sehr hohen Epithelzellen; Infiltration der perivaskulären Lymphwege. (Die Gefässe mit wohlerhaltenen Wandungen sind umwuchert von einem mehrschichtigen Kranz der schönsten Cylinderzellen.)

Die beiden anderen Krankheitsfälle von Scirrhus der Schilddrüse, von denen Hinterstoisser berichtet, betrafen einen 49jährigen und einen 64jährigen Mann. Bei beiden zeigte sich starke Kompression der Trachea, die bei dem letzteren sogar von der scirrhösen Geschwulst durchbrochen war.

Allen diesen angeführten Fällen von Scirrhus ist gemeinsam, dass sie, soweit sich aus den Beschreibungen ersehen lässt, fast keine oder doch nur verhältnismässig geringe Schwellung zeigen. Aber trotz dieser geringen Ausdehnung der Geschwulst ist es überall schon sehr früh zu Atembeschwerden gekommen. Gerade diese frühzeitig auftretenden Atembeschwerden, bedingt durch die ebenfalls schon früh beginnende Verwachsung des Tumors mit seiner Umgebung,

mit Trachea und Ösophagus, bieten ein pathognomenisches Zeichen für die Malignität der Geschwulst. Immer findet sich mindestens sehr starke seitliche Kompression, so dass die Trachea die bekannte Säbelscheidenform annimmt, ja mitunter kommt es durch die Umwachsung des Tumors geradezu zu einer ringförmigen Einschnürung dieses Gebildes.

Wenn man annehmen kann, dass bei den geschilderten Fällen sich die Geschwulst aus der gesunden Gl. thyreoidea entwickelt hat, so handelt es sich in einem hier beobachteten Scirrhus sicher um die Entartung einer kropfig vergrösserten Drüse. Ich lasse die Krankengeschichte folgen:

V.

Krankengeschichte.

Sch. Ferdinand, 55 Jahre, Maler.

Carcinom der Schilddrüse, Exstirpation, doppelseitige Schluckpneumonie.

Anamnese: Patient gibt an, schon seit acht Jahren einen Kropf zu haben. Derselbe ist in letzter Zeit rascher gewachsen. In den letzten Jahren starke Kongestionen gegen den Kopf und starke Pulsation am Hals. Erhebliche Schluckbeschwerden bestanden nicht.

Status praesens: Hochgradig kongestioniertes Aussehen. Puls sehr hart. Lunge ohne abnormen Befund.

Herz rechts Mitte des Sternums, links querfingerbreit ausserhalb der Mammillarlinie. Spitzenstoss im fünften Intercostalraum. An allen Ostien erster Ton durch ein blasiges Geräusch ersetzt. Zweiter Pulmonalton accentuiert.

An der Vorderseite des Halses, dem rechten Lappen der Schilddrüse entsprechend, ein fast zweimannesfaustgrosser Tumor, der von Zungenbeinhöhe bis ins Jugulum reicht. Das obere Horn grosshöckerig. In der Umgebung einige

geschwollene Lymphdrüsen, sonst Oberfläche glatt. Nach der Mitte zu die Konsistenz sehr hart. Jugularis externa enorm erweitert. Linker Lappen ca. taubeneigross. Kehlkopf in toto nach links gedrängt und gedreht.

3. VII. 1902. In lokaler Anästhesie (0,03 Cocain) Operation (Seggl):

Schrägschnitt am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus von Zungenbeinhöhe bis über das Jugulum. Schichtweises Vorgehen, zunächst am Oberhorn. Hier bestehen starke periadenitische Verwachsungen, besonders um die stark vergrösserten Lymphdrüsen, die am oberen Pol liegen. Es gelingt nur unter stärkerer Blutung, hier und an der Innenseite die Gefässe zu isolieren. Der Stamm der Thyreoidea wird erst ganz zum Schluss 2 cm von der Carotis unterbunden. Bei weiterem Vorgehen zeigt sich, dass der Tumor retrotracheal auf der vorderen Fläche der Wirbelsäule nach hinten gewachsen und den Kehlkopf zur Hälfte umklammert. Die Isolierung an der unteren Hälfte mit Unterbindung der zwei starken Imae und am Unterhorn gelingt leicht, nachdem die V. jugularis communis, die vom Tumor zu zwei Drittel umklammert ist, auf längere Strecke aus demselben ausgehülst ist. Dabei müssen mehrere wandständige Ligaturen angelegt werden. Die eine Ligatur gleitet öfter ab. Nachdem so der Tumor freigemacht, gelingt es unter doppelter isolierter Unterbindung der Unterhornsgefässe leicht, die hintere Fläche des Tumors frei zu legen und ihn hinter dem Kehlkopf hervorzuwälzen. Recurrens kommt nicht zu Gesicht. Nachdem der Tumor bis auf den Isthmus freigemacht, wird derselbe scharf durchschnitten. Mächtige Blutung durch Unternähung des Stumpfes gestillt. Am Schlusse der Operation liegt die ganze vordere Fläche der Wirbelsäule frei. Einlegen zweier Tampons. Wie die Hautnaht zu zwei Drittel beendet ist, zeigt sich plötzlich starke Nachblutung in der

Tiefe. Sofortige Wiedereröffnung der Wunde. Die ganze Wundhöhle vollgeblutet. Als Quelle ein Ast der Thyreoidea superior direkt neben dem Stumpf der Arterie und eine kleinere neben dem Hypoglossus festgestellt. Die Blutung aus der Thyreoidea steht erst nach Unternähung der Gefässscheide. Kompressionsverband. Stimme war nach der Resektion des Isthmus noch klanghaltig, jetzt vollständig rauh. Kochsalzinfusion 1 l.

Nachmittags befindet sich Patient ganz wohl.

Abends 7 Uhr 30 Minuten starke Nachblutung in den Verband. Verbandwechsel. Unterer Teil der Wunde wird eröffnet. Manuelle Entfernung der Coagula. Ausgedehnte Tamponade der Wunde. Atemnot bessert sich nach dem Verband.

4. VII. Von 5 Uhr morgens an wieder stärkere Atembeschwerden. Puls um 7 Uhr sehr frequent (128). Verband wieder vollständig durchgeblutet. Verbandwechsel. Ganze Wundgegend stark geschwellt. Subkutane Blutaustritte bis zur dritten Rippe herab. Die ganze Wunde wird aufgemacht, die enormen Coagula entfernt.

Gegenwärtig besteht keine frische Blutung, besonders nicht in der Gegend des Oberhorns. An der Jugularis hat die wandständige Ligatur gehalten. Tamponade der ganzen Wunde, die vollständig offen gelassen wird. Subkutane Injektion von 100 ccm 2% Gelatinelösung. Hierauf erholt sich Patient und schläft mit Morph.

Nachmittags Patient hochgradig cyanotisch, rasselnd, etwas somnolent. Verband nicht durchgeblutet. Hochgradige Schluckbeschwerden. Wenn Patient etwas schluckt, sofortige Hustenanfälle. Puls weich und sehr frequent. Abends 7 Uhr 30 Minuten Status unverändert, schleimiges, übelriechendes Sputum. 0,01 Morph.

5. VII. 7 Uhr vormittags. Somnolenz hat zugenommen. Starkes Rasseln; Cyanose. Verbandwechsel. Subkutane Blutaustritte an der Vorderwand des Thorax erstrecken sich weiter nach unten. Wundhöhle trocken, keine neue Blutung, keine alten Coagula. Tamponade. Rechts hinten ist der ganze Lungenschall viel dumpfer als links. Links hinten unten tympanitischer Beiklang. Beiderseits feuchtes, grossblasiges Rasseln. Puls noch frequenter. Kampfer. Gegen Mittag Zunahme der Benommenheit. 1 Uhr Exitus letalis.

Sektionsbericht.[1])

6. VII. 1902. Ziemlich kräftig gebaute, grosse, männliche Leiche. Auf der rechten Halsseite parallel dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus ein 16 cm langer bis auf 6 cm breit klaffender Schnitt. Von hier aus geht in die Tiefe eine sehr weit ausgedehnte Wundhöhle, die austamponiert ist. Die vordere Fläche der Wirbelsäule liegt in sehr grosser Ausdehnung frei.

Thorax sehr tief, mit sehr breiter unterer Apertur. Abdomen weich, kein Ödem. Unterhautzellgewebe und Muskelgewebe ist in grösserer Ausdehnung nach abwärts über der rechten Clavicula und ersten Rippe blutig suffundiert.

Die grosse Gefässscheide des Halses liegt in einer Länge von fast 12 cm frei; in der vorderen äusseren Wand der Jugularis liegen zwei wandständige Ligaturen. Die Gefässscheide selbst ebenfalls in grosser Ausdehnung blutig suffundiert. N. Vagus ebenfalls in Blutung eingehüllt, aber in ganzer Länge unverletzt isolierbar. Auch der N. laryngeus sup. am oberen Rand der Wundhöhle isolierbar. Auch der Recurrens lässt sich völlig frei isolieren. Fettpolster über Brust und Bauch etwas über 1 cm stark. Muskulatur atro-

[1]) Sektions-Journal Nr. 570. 1902.

phisch. Auf der linken Halsseite zeigt sich im Unterhautzellgewebe und Muskelgewebe ausgedehnte flache Blutung.

Zwerchfellstand links und rechts fünfte Rippe.

Im vorderen Mediastinum bis auf das Diaphragma gleichfalls sehr ausgedehnte, das Pericard umgebende Blutung. Herzbeutel ist drei Finger breit unbedeckt. Linke Lunge mit dem Zwerchfell adhärent. Rechte frei. In der rechten Pleurahöhle findet sich 80—100 ccm schwer flüssiges Blut. Im Herzbeutel etwa 20 ccm einer vollkommen grünen, offenbar eitrigen Flüssigkeit.

Linke Lunge gross, ziemlich schwer. Pleura glatt, pigmentiert. Gewebe beider Lappen sehr stark durchfeuchtet. Von allen Schnittflächen lässt sich eine schaumig, seröse Flüssigkeit abstreifen. Sehr blutreich. Luftgehalt gut erhalten, nirgends Einlagerungen. Aus den durchschnittenen kleinen Bronchien lassen sich kleine „grünliche“ Tröpfchen herauspressen. In den grösseren Bronchien die Schleimhaut blutig verfärbt.

Rechte Lunge gross, schwer. Pleura im Unterlappen blutig suffundiert. Auch hier das Gewebe aller Lappen sehr durchfeuchtet, verquollen. Aus den Bronchien allenthalben grünliche Tropfen herauspressbar. Unterlappen in ganzer Ausdehnung dunkelrot. Konsistenz milzartig zäh. Schnittfläche braunrot, glatt. Luftgehalt fast völlig aufgehoben. An der Schnittfläche überall eine schmierige, blutig bräunliche Flüssigkeit abstreifbar. Ebendieselbe findet sich auch in den Bronchien.

Trachealschleimhaut gerötet. Knorpel vorn geknickt. Trachea seitlich, säbelscheidenartig komprimiert.

Im rechten Thyreoidlappen findet sich noch ein erbsgrosser, derber, grauweisslicher Knoten. Auf der Schnittfläche einige Tropfen hervorquellend. Der Knoten fest mit dem Trachealperichondrium verwachsen.

Auch der linke Lappen vergrössert und in ihm kleinere kalkige Einsprengungen erkennbar.

Herz nach beiden Seiten erheblich verbreitert. Epicard stark gerötet und leicht schleierartig getrübt. Subepicardiales Fettgewebe reichlich entwickelt. Ventriculus dextr. sehr deutlich dilatiert. Muskelwand von Fett reichlich durchwachsen. Endocard und Pulmonalklappen blutig imbibiert, frei beweglich. Auch das Atrium erweitert, wenig Gerinnsel.

Linker Ventrikel sehr erheblich dilatiert. Endocard milchig und fleckig getrübt. Unter ihm dunkle Herde sichtbar.

Aortenklappen freibeweglich, wie die Mitralklappen ohne Auflagerungen. Endocard durchsichtig.

Auch an der Längsseite der seitlichen Gefässnervenscheide des Halses sehr ausgedehntes Blutinfiltrat, umfasst noch das pericardiale Gewebe. An der Rachenschleimhaut flache Blutaustritte.

Bei Eröffnung der V. jugularis zeigt sich rechts deren Intima an verschiedenen Stellen von streifigen Blutungen durchsetzt. An zwei Stellen die Wand schlitzartig eingerissen. Die Intima der ganzen Venenwand von flachen Blutaustritten durchsetzt, die sich diffus ins Bindegewebe der Umgebung fortsetzen.

Tief unten im Mediastinum ein vollkommen isolierter, von durchblutetem Bindegewebe umgebener, haselnussgrosser, derber Knoten. Auf der sehr harten Schnittfläche gelbe Tröpfchen.

Milz in allen Durchmessern sehr geschwollen, 25,5 : 16,5. Pulpa graurot bis schmutzig weiss. Gerüst und Follikel verdeckt.

Im Magen ziemlich reichlich bräunlich flüssiges Blut. Schleimhaut im ganzen stark blutig imbibiert.

Im Jejunum und Ileum grünlicher gallenfarbiger Chymus. Im Colon Fäces. Schleimhaut auf der Faltenhöhe stark infiltriert.

Leber gross, derb; Grobkörnige graue Schnittfläche. Läppchenzeichnung mit hellem Zentrum. Blutgehalt gering. In der Gallenblase 20 ccm dunkelgrüne, schleimige Galle.

Beide Nieren in ziemlich starke Fettkapsel eingehüllt. Kapsel leicht abziehbar. Oberfläche glatt, dunkelbraunrot, von zahlreichen, schwärzlichen Blutaustritten dicht durchsetzt. Auf der Schnittfläche Rindensubstanz von dunklen streifigen Blutungen durchsetzt, selbst in der Basis der Markkegel.

Diagnose: Exstirpiertes Carcinom der rechten Schilddrüsenhälfte. Metastase im Mediastinum. Ausgedehnte blutige Suffusion der Weichteile des Halses auf beiden Seiten mit Fortleitung in das Mediastinum. Blutung in die rechte Pleurahöhle. Schluckpneumonie des rechten Unterlappens.

Nebenbefunde: Subakute, hämorrhagisch, parenchymatöse Nephritis. Dilatatio ventriculi sinistri. Milztumor. Akute, fortgeleitete, eitrige Pericarditis.

Mikroskopische Untersuchung.

a) Des Haupttumors.

Die Schnitte zeigen teilweise die Lobuli der Schilddrüse gut erhalten. An anderen Stellen finden sie sich etwas mehr ausgedehnt. Hier ist das Interstitium stark verbreitert und stellenweise zellig infiltriert. Gegen die Oberfläche des Tumors zu besteht eine sehr starke Proliferation des Epithels der Lobuli, die stellenweise solide Zellschläuche bildet. Diese Zellschläuche stehen vielfach mit einander in Kommunikation. Das interstitielle Bindegewebe ist sehr stark vermehrt, sehr kernarm und vollständig hyalinisiert.

b) Der Metastase.

Die Metastase zeigt auf dem Schnitt ausgedehnte epitheliale Alveolenbildung. Auch hier ist das bindegewebige

Gerüst derb hyalin. In den Epithelalveolen an einzelnen Stellen ein colloidähnlicher Inhalt.

Mikroskopische Diagnose: Carcinoma scirrhosum.

Ich muss zugeben, dass der von mir beschriebene Fall im Vergleich zu anderen früher beschriebenen sowohl in klinischer wie in pathologisch-anatomischer Beziehung wesentlich Neues nicht bietet, aber bei einer noch so selten beobachteten Krankheit der Schilddrüse, wie der Scirrhus derselben eine ist, verdient sicherlich jeder neu vorkommende Fall dieser Art unsere vollste Beachtung. So darf ich hoffen, dass die vorausgehende Beschreibung einen vielleicht doch nicht ganz wertlosen Beitrag zur Kasuistik des Schilddrüsenkrebses bilden möge.

Zum Schlusse dieser Arbeit erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger für die gütige Überlassung dieses Themas, sowie Herrn Professor Dr. v. Angerer für die Überlassung der Krankengeschichte und des Operationsberichtes meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Rindfleisch, Lehrbuch der pathol. Gewebelehre.
Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathol. Anatomie.
Virchow, Onkologie. Bd. I.
Billroth, Wiener Mediz. Wochenschrift 1888.
Kocher, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IV.
Kaufmann, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XI—XIV.
Bircher, Volkmann, Sammlung klin. Vorträge. Nr. 222.
v. Eiselsberg, Deutsche Chirurgie. Lieferung 38.
Ebstein, Jenssens Archiv. Bd. XXX.
Lebert, Krankheiten der Schilddrüse.

Lebenslauf.

Ich wurde am 6. Juni 1874 als ältester Sohn des Hofbesitzers Klaus Matzen und seiner Ehefrau Katharina Maria, geb. Hansen, zu Esgrusschauby (Schleswig-Holstein) geboren. Bis zu meiner Konfirmation im Jahre 1890 besuchte ich die Schule meines Heimatsortes. Nach einer einjährigen Vorbereitung auf einem Knabenpensionat zu Kropp wurde ich in die Obertertia des Kgl. Gymnasiums zu Flensburg aufgenommen. Nachdem ich im Herbst 1897 hier die Reifeprüfung abgelegt hatte, widmete ich mich dem Studium der Medizin und besuchte nacheinander die Universitäten zu Halle, München, Berlin, Kiel und München. Im Sommer-Semester 1899 legte ich in München die ärztliche Vorprüfung ab und bestand ebenda im Sommer-Semester 1902 das medizinische Staatsexamen.

Asmus Matzen.